

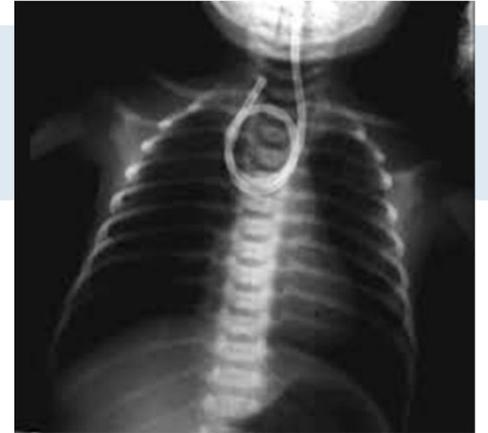
ÉTUDE RÉTROSPECTIVE MONOCENTRIQUE D'UNE COHORTE DE JEUNES ADULTES NÉS AVEC UNE ATRÉSIE DE L'ŒSOPHAGE

Romain BOUCHET & David SEGUY

14 juin 2022



Objectif

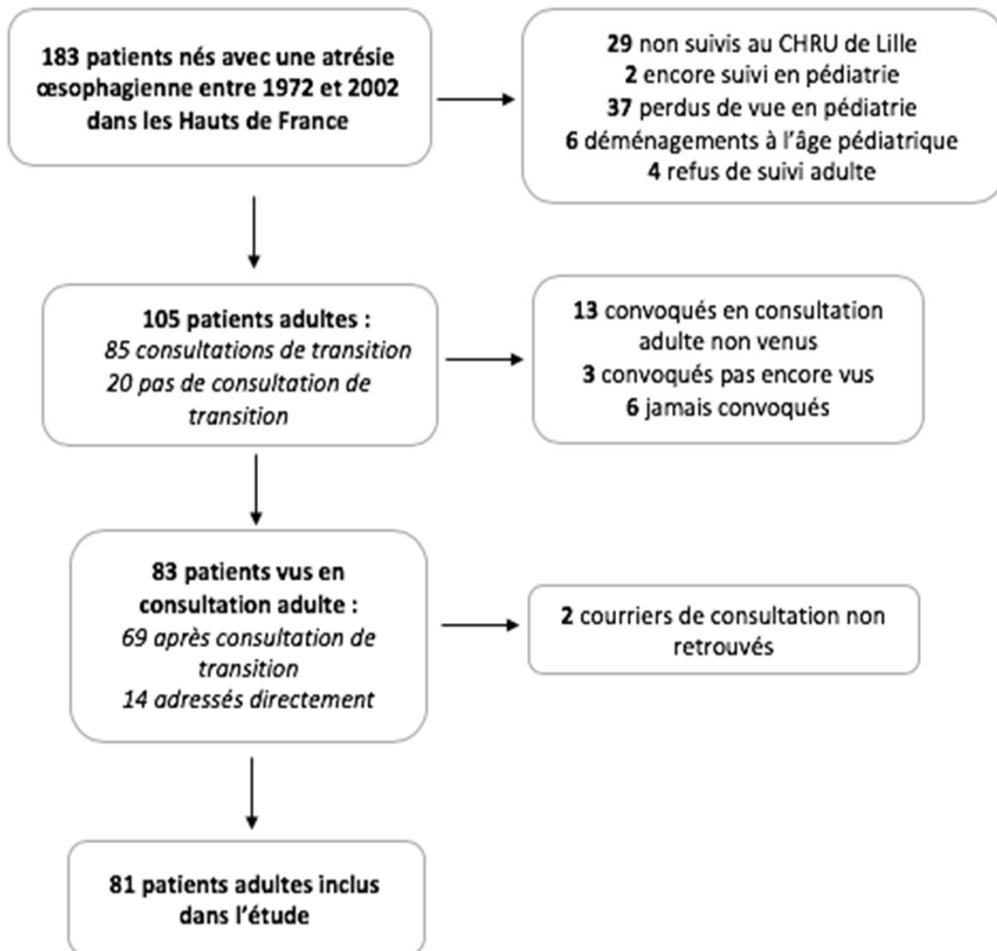


Décrire la cohorte de jeunes adultes nés avec une atrésie de l'œsophage, lors de la première consultation de suivi spécialisée en médecine adulte au CHU de Lille

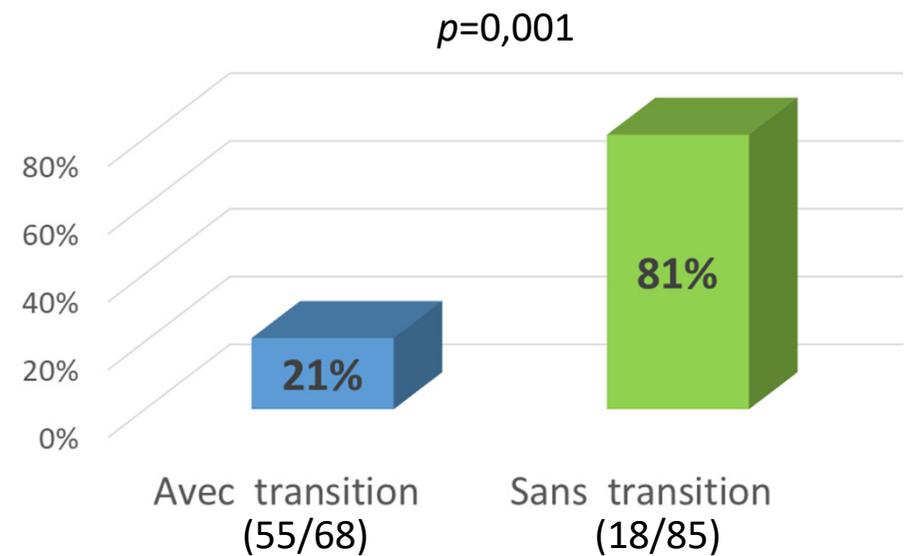
Matériels et méthode

- Etude rétrospective monocentrique
- 81 patients nés avec une AO entre 1972 et 2002 dans la région Hauts de France et pris en charge par le CRACMO de Lille créé en octobre 2006
- Données anamnestiques, cliniques et endoscopiques
- Déclaration auprès du Comité Consultatif et de la CNIL avec lettre d'information

Résultats

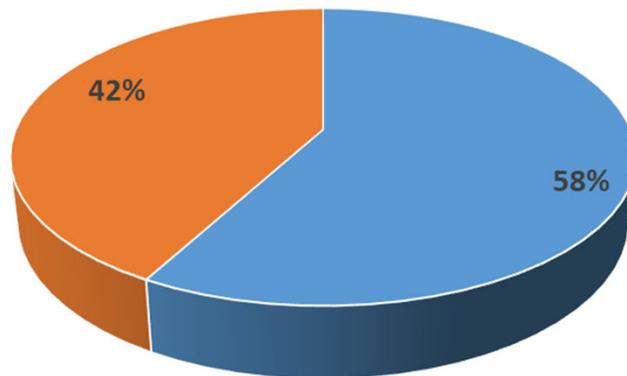


Perdus de vue



Caractéristiques de la population

- Age première consultation adulte 18 [17-28] ans

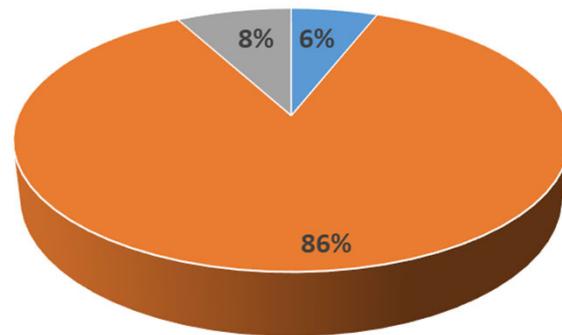


■ Homme ■ Femme ■

- Etudes / statut professionnel
 - 39% études supérieures
 - 30% apprentissage / CAP / BTS
 - 13% activité professionnelle
 - 12% lycée général
 - 3% en IME
 - 3% en recherche d'activité

Caractéristiques de l'AO

- Type d'AO



■ Type 1 ■ Type 3 ■ Type 4

- 11 VACTERL dont 5 malformations ano-rectales (chirurgie complémentaire)

- 46% de Nissen

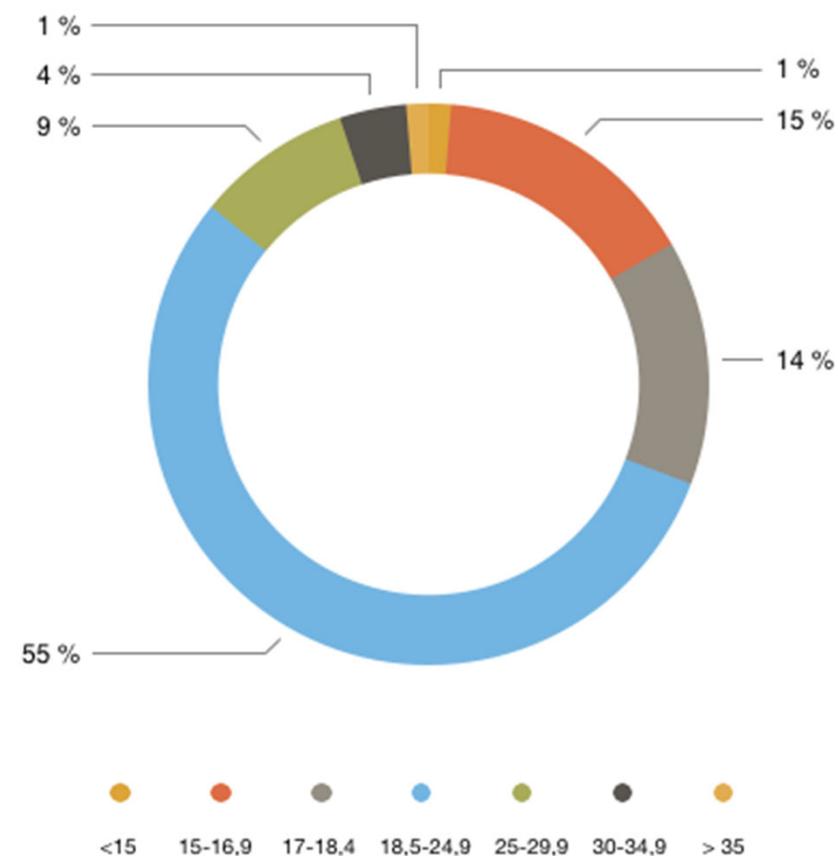
- 4 déconnexion œsogastrique totale (Bianchi)
 - 3 anastomoses œsojéjunales
 - 1 œsophagostomie cervicale

- 4 coloplasties

Statut nutritionnel

	Femmes	Hommes
Poids, kg	53,6 ± 14,7 88,2% < 62,5 *	61,8 ± 14,9 83% < 75,7 *
Taille, cm	159,8 ± 4,9 76,5% < 164,2 *	172,0 ± 8,2 74,5% < 177,8 *
IMC, kg/m2	21 ± 6,2	20,7 ± 4,2
CB, cm	26,1 ± 4,7 44% < 25	27,1 ± 3,7 25,5% < 25
FP, kg	27,6 ± 4,7 0% < 16	41,2 ± 7,6 0% < 26

* poids/taille moyens des français/françaises de 18 à 29 ans (2007)



Statut nutritionnel et chirurgie

- Pas d'influence du type d'AO ou du syndrome polymalformatif
- Mais influence du Nissen

	Nissen +	Nissen -	
Poids, kg	52,3 ± 10,6	63,5 ± 16,7	<i>p=0,001</i>
Taille, cm	163,8 ± 8,8	169,8 ± 8,8	<i>p=0,003</i>
IMC, kg/m²	19,5 ± 3,6	22,0 ± 5,9	<i>p=0,024</i>
CB, cm	25,2 ± 3,2	27,9 ± 4,5	<i>p=0,005</i>
FP, kg	32,9 ± 8,1	37,9 ± 9,9	<i>p=0,027</i>

Signes fonctionnels digestifs

- Seulement 17% des patients n'ont aucun signe digestif et une alimentation normale

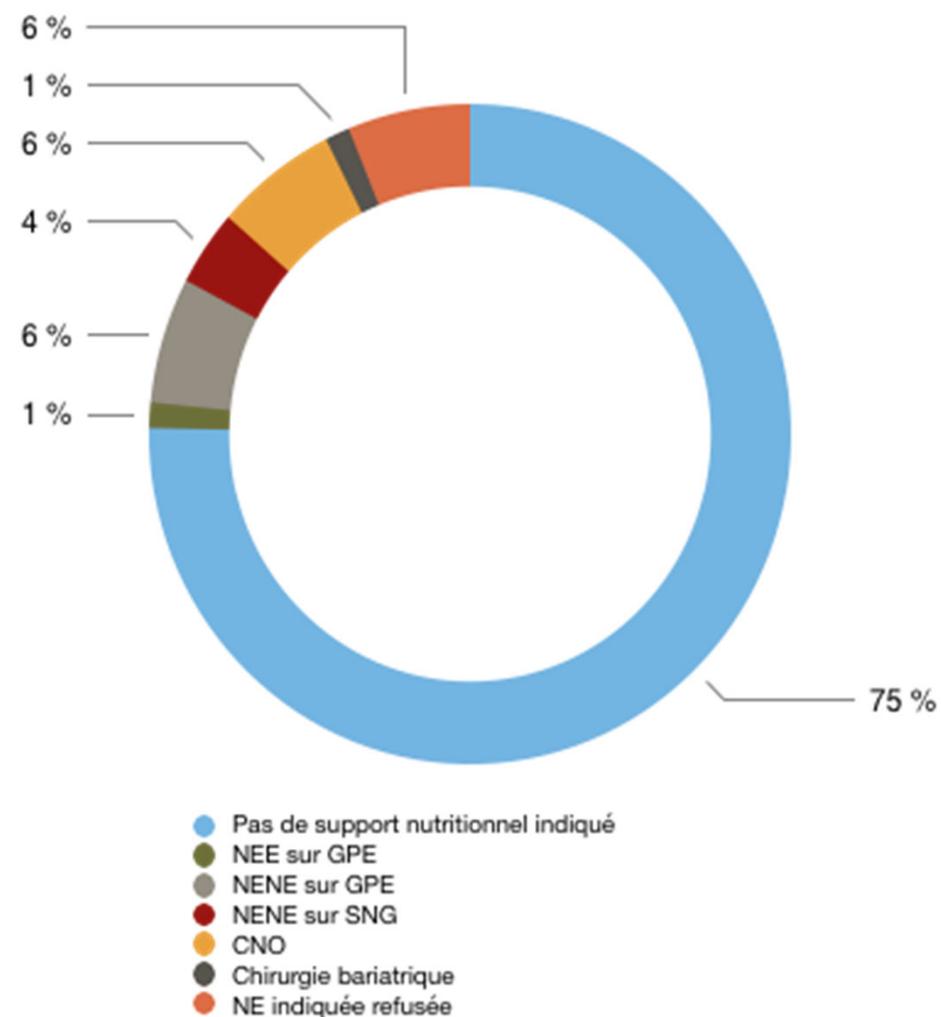
Dysphagie	45 %
Polydipsie per-prandiale	43,8 %
RGO	43,8 %
Toux per prandiale	22,5 %
Pyrosis	18,8 %
Adaptation de texture	16,3 %
Dyspepsie	12,3 %
Vomissements	7,5 %
Régurgitations	3,8 %
Dumping syndrome	4,9 %
Absence d'alimentation orale	1,2 %

- Dyspepsie (inconfort digestif haut): seul signe fonctionnel ayant une influence sur l'anthropométrie

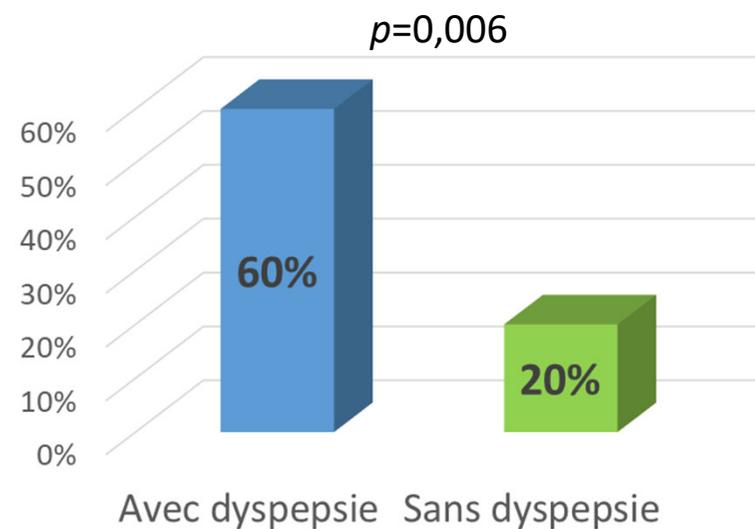
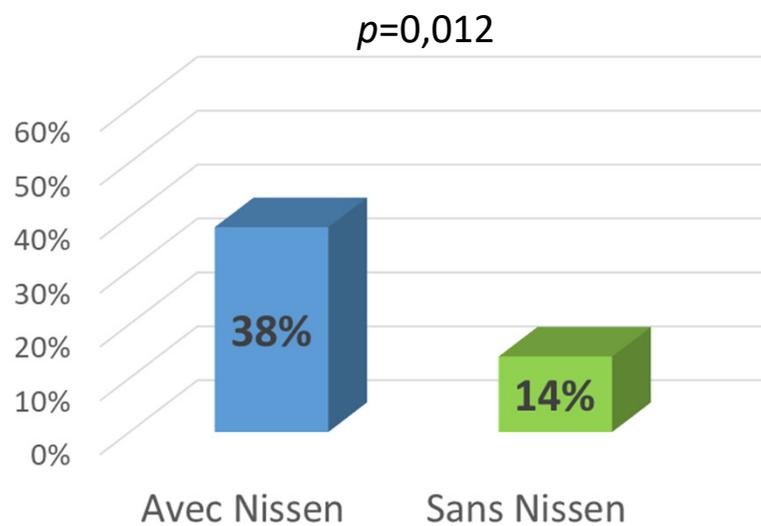
	Dyspepsie +	Dyspepsie -	
Poids, kg	48,9 ± 7,2	59,7 ± 15,6	<i>p=0,035</i>
IMC, kg/m²	17,9 ± 1,7	21,2 ± 5,3	<i>p=0,050</i>
CB, cm	23,9 ± 2,3	27,1 ± 4,2	<i>p=0,022</i>

Support nutritionnel

- 20% des patients recevaient/nécessitaient un support nutritionnel
- 6 GPE conservées
- Indications :
 - 1 œsophagostomie cervicale (NEE depuis l'enfance)
 - 3 patients avec des ingesta insuffisants (NENE depuis l'enfance)
 - 10 patients avec insuffisance pondérale
 - 3 patients avec insuffisance staturale n'ayant pas achevé leur croissance



Support nutritionnel



Quid Nissen /pas de Nissen et RGO?

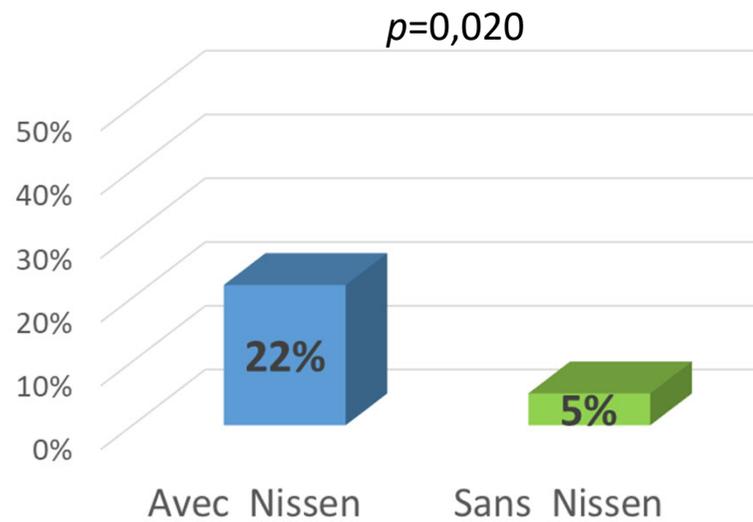
Endoscopie digestive

- **Anomalies chez 60% des patients**
- **Aucune dysplasie**
- **Difficultés d'exploration**
 - Bianchi (naso-F via GPE)
 - Coloplastie

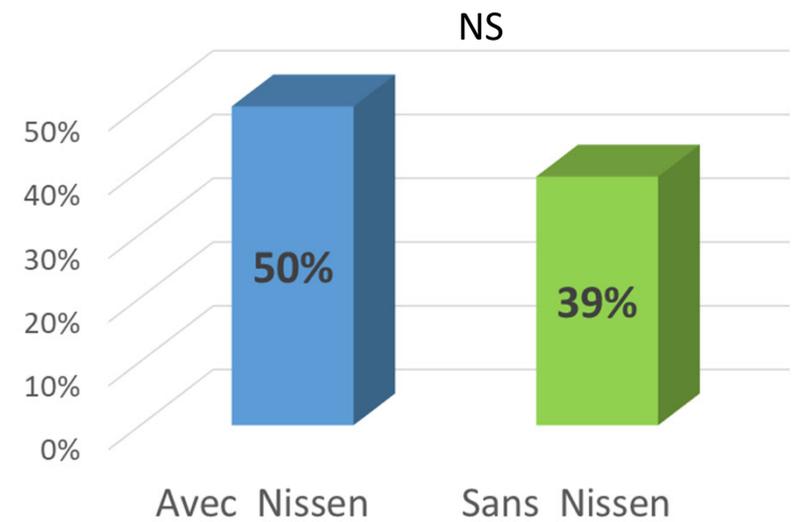
Oesophagite chronique	16,9 %
Métaplasie gastrique	14,3 %
EBO	13 %
Sténose oesophagienne	9,1 %
Gastrite chronique	7,8 %
Infiltrat éosinophile	5,2 %
Inlet-patch	8,9 %
Volvulus gastrique	1,2 %
Gastropathie réactionnelle	1,2 %
Hyperplasie papillomateuse gastrique	1,2 %
Hernie hiatale	1,2 %
Anneau fibreux non sténosant	1,2 %
Dysfonction de l'oesocoloplastie avec stase	1,2 %

Endoscopie digestive

- EBO (suspecté/confirmé) et Nissen



- RGO (traité/non traité) et Nissen



Conclusion

- Rôle primordial de la consultation de transition dans la poursuite du suivi à l'âge adulte
- Maintenir une vigilance accrue durant l'adolescence chez ces patients, en particulier en cas de RGO mal contrôlé et/ou symptomatique, afin de limiter le risque d'insuffisance staturo-pondérale à l'âge adulte
- Fréquence élevée de dénutrition et d'anomalies œsophagiennes à la première consultation adulte

 Nécessité de maintenir le lien à l'âge adulte